

生活状況連絡シート

対象者氏名: _____

※該当する箇所に☑を入れてください。

記入者氏名: _____

記入日: _____年 _____月 _____日

★ 下記のことが、平成 _____年 _____月頃から			
<input type="checkbox"/> 置き忘れやしまい忘れが増えた <input type="checkbox"/> 大事な約束を忘れる <input type="checkbox"/> 直前の記憶が抜け落ちる(同じ話を何度もする) <input type="checkbox"/> 感情は保たれているので一見普通に見える <input type="checkbox"/> 財布を盗まれたなどと作り話をする <input type="checkbox"/> 時間や場所がわからなくなる	<input type="checkbox"/> 出来る事と出来ない事の差が大きい <input type="checkbox"/> 物忘れの自覚がある <input type="checkbox"/> よく物忘れをするがヒントがあれば思い出す <input type="checkbox"/> 昼夜が逆転している <input type="checkbox"/> 感情の起伏や喜怒哀楽が激しい <input type="checkbox"/> すぐ涙ぐむなどの感情失禁がある <input type="checkbox"/> 反応に時間がかかる <input type="checkbox"/> 何れかの身体症状がある 麻痺、むせる、喋りにくい、歩きにくい	<input type="checkbox"/> 良い時と悪い時の差が激しい(日内変動) <input type="checkbox"/> ありありとした幻覚がある(人や動物が多い) <input type="checkbox"/> 寝言や睡眠中に叫ぶことが多い <input type="checkbox"/> 以下の何れかがある ・配偶者が二人いる ・天井が歪んで見える ・人の気配を感じる <input type="checkbox"/> パーキンソン様症状がある ※パーキンソン症状とは… 小刻み歩行やすくみ足、突進歩行などの症状を伴うものこと。	<input type="checkbox"/> 性格が別人のように見える <input type="checkbox"/> 万引きなどの無頓着な行動がある <input type="checkbox"/> 日に何度も同じコースを徘徊する <input type="checkbox"/> 性的な逸脱行為がある <input type="checkbox"/> 座ったかと思うとすぐに立ち上がることを繰り返す <input type="checkbox"/> 反射的で衝動的な行動がある

<input type="checkbox"/> 考え方に柔軟性がなくなり、頑固で疑い深くなった <input type="checkbox"/> イライラして元気がなくなった <input type="checkbox"/> 注意力が散漫になって、やりなれた作業や仕事にミスが目立つようになった <input type="checkbox"/> 日や曜日が思い出せない <input type="checkbox"/> 置き忘れやしまい忘れが目立つようになり、探しものが増えた <input type="checkbox"/> 重要な約束を忘れてしまうことがある	(H _____年 _____月頃から)
<input type="checkbox"/> 買い物に行くと同じものばかり買ってくる <input type="checkbox"/> 冷蔵庫内が賞味期限切れや腐ったものであふれている <input type="checkbox"/> ゴミを出す日を間違えて近所とトラブルを起こす <input type="checkbox"/> ガスの消し忘れがあり、鍋を焦がすことが多くなった <input type="checkbox"/> 得意料理であった料理が一人では出来なくなった <input type="checkbox"/> 月を間違える(月を思い出せない) <input type="checkbox"/> 住み慣れた地域から離れたところで道に迷う <input type="checkbox"/> 食べたことを忘れる <input type="checkbox"/> 薬やお金の管理ができない <input type="checkbox"/> 一人で公共交通機関を利用できない <input type="checkbox"/> リモコンの操作ができない/電話をかけられない(道具を使えない) <input type="checkbox"/> 季節にあった洋服を選ぶことができない	(H _____年 _____月頃から)
<input type="checkbox"/> 家族がわからなくなる(娘を姉を間違える) <input type="checkbox"/> 近所でも道に迷う/自宅のトイレの場所がわからない <input type="checkbox"/> 一人でトイレが使えない <input type="checkbox"/> 尿失禁がある、便失禁がある <input type="checkbox"/> 話かけた言葉が理解できず指示に従えない(介護に抵抗する) <input type="checkbox"/> 服をうまく着ることができない(前後、裏表、上下、順番がわからない) <input type="checkbox"/> 物を見てもそれが何であるか分からない <input type="checkbox"/> 食べ物でないものを食べる(異食) <input type="checkbox"/> 自分の物と人の物の区別がつかない <input type="checkbox"/> 自発性が低下し自分からは何もしようとしない <input type="checkbox"/> 鏡に映った自分に話かける	(H _____年 _____月頃から)

上記症状にあてはまらないこと等